

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
Clinique propédeutique — Prof. Dr G. BICKEL

Geneva
Lane Medical Library
1930

Les abcès aigus du poumon

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mathilde SCHÆNAU
de Genève



GENÈVE
IMPRIMERIE ETIENNE BULOZ

1930

Thèse N° 1337.

NEW YORK ACADEMY
OF MEDICINE
MAR - 5 1931
LIBRARY

Les abcès aigus du poumon

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mathilde SCHÆNAU

de Genève



GENÈVE
IMPRIMERIE ETIENNE BULOZ

1930

Thèse N° 1337.

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Professeur G. BICKEL, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 12 mai 1930.

Le Doyen :

Prof. Dr M. ROCH.

Au début de ce travail, nous tenons à remercier M. le Professeur G. BICKEL, pour toute la bienveillance témoignée durant notre internat et l'aide précieuse apportée à l'élaboration de la présente thèse.

Nous remercions également M. le Dr J. MOZER, médecin-adjoint, pour ses bons conseils.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Il n'y a guère qu'une dizaine d'années que les abcès pulmonaires ont pris une place définitive dans la pathologie du poumon.

Avant cette époque, cette affection était considérée comme exceptionnelle. Trousseau, en 1873, disait dans son article sur les abcès pulmonaires et vomiques péripleuriques : « les vomiques, non tuberculeuses, non métastatiques, purement inflammatoires, sont excessivement rares chez les adultes ; à ce point que pour ma part, je suis resté près de 25 ans médecin d'hôpital sans en avoir rencontré un seul cas. » Laennec, dans l'édition de la Faculté, en 1879, faisait remarquer la rareté de cette maladie.

Dans le traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, il n'est pas même question d'abcès du poumon.

Mosny, dans le traité de Gilbert et Thoinot n'y consacre qu'un court article et classe les abcès pulmonaires en :

1. Abcès pyémiques, multiples, souvent méconnus.
2. Abcès migrateurs, uniques et volumineux.
3. Abcès emboliques.
4. Abcès pneumoniques.

De Jong et Garreau, dans le traité de Gilbert et Carnot, apportent un aperçu plus complet sur les abcès du poumon.

Mais, à cette époque, et même plus tard avec l'aide de la radiographie, on attribuait volontiers les expectorations purulentes chroniques avec vomiques franches ou même simplement fractionnées ou nummulaires à une pleurésie interlobaire ou à une suppuration pleurale enkystée interlobaire.

Cependant, malgré cette tendance, des observations d'abcès pulmonaire se retrouvent çà et là dans la littérature. Chauffard et Laubry, en 1896, relatent un abcès pulmonaire au cours d'une septicémie; Frey (1890) et Desjardins (1899) consacrent leur thèse aux abcès dans la pneumonie. Siron et Josué (1895) argumentent sur les abcès bronchopneumoniques.

Au début du 20^{me} siècle, ce sont avant tout les chirurgiens qui s'occupent et discutent des abcès pulmonaires. Tuffier (1907) démontre les relations entre la gangrène et l'abcès et parle d'abcès gangréneux. Picot, en revanche, fait une distinction nette entre l'abcès et la gangrène, aussi bien au point de vue clinique (fétidité dans la gangrène) qu'au point de vue anatomique (mortification pulmonaire). Du reste, Picot ne veut pas admettre les abcès pulmonaires; ceux-ci, dit-il, sont des pleurésies interlobaires méconnues.

Tout récemment, plusieurs auteurs se sont élevés contre cette théorie. Sergent et son élève Kourilsky, Lemierre, Léon Kindberg et Rist affirment qu'ils n'ont que rarement vu ou constaté directement et indubitablement de pleurésie interlobaire; il s'agit toujours, après vérification, d'abcès du poumon. Cependant, Sergent, puis Legrand, citent chacun un cas de pleurésie interlobaire indiscutable. Comby (1927), d'autre part, atteste chez les enfants la rareté des abcès du poumon et la fréquence des pleurésies interlobaires.

Depuis quelques années, le chapitre des abcès du poumon, naguère si restreint, a ainsi pris un grand développement et et c'est partout, aussi bien en France qu'à l'étranger, que sont publiés des cas de cette affection.

Roger, Widal et Teissier, dans un court article sur les abcès pulmonaires, classifient ceux-ci en trois grands groupes :

1. Abcès emboliques.
2. Abcès pneumoniques.
3. Abcès bronchopneumoniques.

Parmi les cas publiés d'abcès emboliques, citons ceux d'Apert et Porak (1911), Rathery et Du Castel (1919),

Amaudrut (1920), Cain et Oury (1924). Enfin, en 1928, Boïdin et M^{lle} Fontaine, citent un cas de grands abcès du poumon se développant à plusieurs mois de distance au cours d'une infection traînante à staphylocoques.

On retrouve des cas d'abcès pneumoniques dans les publications d'Apert et Dubosc (1906), de Leclerc et Charvet (1911), de Cordier, Paliard et Gaudron (1923), où le malade mourut au 12^{me} jour, de Roger Cattan (1928), où la formation de l'abcès fut particulièrement rapide et ne fut pas empêchée par un traitement préventif de sérum et de vaccin.

Les abcès bronchopneumoniques se trouvent dans les cas de Cavaillon et Monod (1907), de Clerc, Ramond et Guillaume (1919), où l'intoxication par l'ypérite joue un rôle, Caussade et Tardieu (1919).

En France, l'étude de la question reste à l'ordre du jour, et l'on décrit successivement des abcès aigus et des abcès chroniques, des abcès curables ou mortels. La bactériologie et l'étiologie, du reste si variées, des abcès du poumon, font l'objet de maintes publications.

Pour ne pas faire une longue liste de tous les cas publiés sur cette affection, nous ne citerons que les principaux :

Ce sont ceux de Lemierre et Deschamps (1921) : abcès du poumon au cours de la fièvre typhoïde et paratyphoïde, Laignel-Lavastine et Coulaud (1921) : abcès multiples à pneumocoques ; Paiseau et Salomon (1922).

Ferron et Petges (1924), décrivent un cas d'abcès à streptocoques.

En 1927, Besançon, Jacquelin et Célice citent un cas d'abcès à pneumocoques découvert par la radiologie et un autre cas d'abcès pulmonaire à staphylocoques dorés ; Weissembach, un abcès pulmonaire à streptocoques, d'origine dentaire probable.

Lemierre et Kourilsky publient en 1928 un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire.

Caussade, Vulliet, Marler et Medioni publient un article sur les gripes toxi-infectieuses avec complications pulmonaires.

Etienne Bernard, Gilbert Dreyfus et Desbucquois (1928) relatent un abcès après une opération abdominale.

Tout récemment, en 1929, Léon Tixier et Stanislas de Sèze exposent un cas d'abcès streptococcique du poumon avec pleurésie interlobaire séro-fibrineuse et aseptique. Paisseau cite un cas semblable. Lemierre et Rudolf observent un cas d'abcès pulmonaire à pneumobacilles de Friedländer.

Gravier et Morennas (1923) relatent un cas d'abcès pulmonaire ayant évolué vers la peau.

Renaud (1926) décrit un cas d'abcès du lobe supérieur à évolution chronique.

Jules Milhit et Maurice Devot (1928), à propos de 6 cas de suppurations pleuro-pulmonaires, dont 5 cas de pleurésie interlobaire et un cas d'abcès à anaérobies, montrent l'impossibilité habituelle de distinguer un abcès du poumon d'une pleurésie interlobaire.

Piéry et Barbier (1922), citent un cas où l'abcès pulmonaire fut pris pour une pleurésie interlobaire, traitée pour telle par un pneumothorax artificiel et compliqué de pleurésie purulente.

En 1929, Achard parle de l'abcès aigu du poumon.

Forestier (1926), s'occupe plus spécialement de l'examen radiologique de la cavité abcédée par le lipiodol, ainsi que de Coyon et Oumansky (1926), Noël Fiessinger et Olivier (1926).

En 1925, Babonneix et Lévy, Etienne Bernard et Desbucquois, Lemierre, Kindberg et Bernard, Achard et Mouzon, insistent sur la guérison spontanée de certains abcès du poumon.

Eschbach (1927) cite un cas à évolution spontanée.

Iagnow (1926) vante l'utilité du chlorhydrate d'émétine pour le traitement des abcès non amibiens du poumon. Laederich et Pousseau, Delille, Brûlé, Laporte et Ragu

insistent à nouveau sur la bonne influence de l'émétine sur les abcès non amibiens. En 1929, André Breton présente quelques considérations à propos du traitement des abcès pulmonaires.

De toutes ces publications, il résulte que le problème des abcès du poumon n'est pas résolu et que les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur les différents points concernant cette question.

ETIOLOGIE

L'abcès du poumon peut se présenter comme une affection primitive ou comme une complication secondaire.

Les **abcès primitifs** semblent représenter dans la littérature médicale française le 50 % des cas environ.

Ils peuvent se diviser en :

1. *Abcès pneumoniques*, aboutissant d'une pneumonie, qui sont les plus rares. En France, Ménétrier (1919), sur 400 autopsies de pneumonies, a rencontré 13 abcès.

Fraenkel, en Allemagne, évalue cette fréquence à 2 %, d'après un total de 1200 pneumonies observées cliniquement.

2. *L'abcès bronchopneumonique* est moins rare. L'épidémie de grippe de 1918 en a fourni beaucoup de cas. La guerre a permis d'en observer quelques cas chez les soldats intoxiqués par l'ypérite, dont certains ont présenté des abcès pulmonaires au moment de la phase infectieuse secondaire (Clerc, Ramond et Guillaume, 1919).

3. *Les abcès dus à des infections pulmonaires primitives mal définies.*

Ce sont ces abcès là qui réunissent le plus grand nombre de cas.

Il s'agit, à vrai dire, d'une inflammation suppurative primitive, mais cliniquement, ce ne sont que de vagues symptômes avant la vomique : frissons, points de côté, température ; et les signes physiques n'en sont pas plus significatifs.

Les **abcès secondaires** reconnaissent deux causes principales :

1. *Origine rhino-pharyngée.*
2. *Origine abdomino-pelvienne.*

La flore microbienne spéciale de la bouche explique le caractère facilement putride des abcès du poumon.

Depuis l'amygdalectomie si répandue surtout en Amérique, les abcès pulmonaires se sont multipliés. Tenshburry et Clendenning attribuent ces infections à un procédé spécial d'anesthésie pour cette opération, par insufflation d'éther, qui entraîne dans les voies aériennes des particules septiques.

Outre l'amygdalectomie, le rhino-pharynx peut produire des abcès pulmonaires. Tel le cas de Weissebach (1927), où l'abcès a fait suite à une poussée d'arthrite alvéolo-dentaire subaiguë, avec abcès vestibulaire, quelques semaines après scellement d'une dent à pivot. Tels aussi les deux cas de Kourilsky (1928), provenant d'une rhino-pharyngite aiguë avec angine.

L'origine *abdomino-pelvienne* est d'importance égale. Deux ordres d'opération sont à considérer :

1. Les interventions portant sur l'utérus et les annexes, ainsi que les lésions utérines d'un autre ordre, comme le post-partum. Tels les cas de Achard et Mouzon, Paisseau et Salomon, Caussade et Lévy-Fraenkel. C'est surtout après les avortements septiques que cette complication se produit.

2. Les interventions portant sur l'abdomen, surtout les opérations gastro-duodénales. Tel le cas d'Etienne Bernard, Gilbert Dreyfus et Desbucquois (1928), où un malade fut opéré pour une hémorragie interne suite de traumatisme (balle dans l'abdomen) et qui fit un abcès pulmonaire.

Ces abcès sont relativement fréquents, au même titre que les complications pulmonaires banales qui surviennent avec une grande facilité après ces interventions.

A côté de ces causes, de beaucoup les plus fréquentes, le foyer infecté primitif d'un abcès pulmonaire peut se faire sur d'autres territoires.

Les affections cutanées peuvent notamment déterminer des abcès métastatiques : tels les cas de Jacquelin et Célice, de Boïdin et M^{lle} Fontaine. Les septicémies, surtout celles

dues au streptocoque peuvent intervenir (Etienne Bernard et Desbucquois), ainsi que les phlébites (Amaudrut), les endocardites (Rist et Rolland).

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a observé un abcès pulmonaire dans la fièvre typhoïde (Roubier et Lamy), dans la paratyphoïde (Lemierre et Deschamp).

BACTÉRIOLOGIE

La flore bactériologique des abcès du poumon est d'étude difficile. Si l'on peut retirer directement du pus de l'abcès, l'examen direct, les cultures et l'inoculation donneront des résultats précis. Mais souvent, on doit se contenter de l'étude de la vomique ou même des crachats.

Parmi les cas d'abcès du poumon publiés, le plus grand nombre est attribué au *streptocoque*. Caussade et Lévy-Fraenkel le trouvent dans les crachats (1914) et le pus d'un abcès du poumon droit à forme pseudo-pleurétique. Rathéry et Du Castel (1919), Etienne Bernard et Desbucquois (1925), au cours d'une septicémie ; Clerc-Ramond et Guillaume ont retrouvé 10 fois le streptocoque dans les abcès des ypérités ; Paiseau et Salomon (1922) le découvrent dans le pus d'un abcès post-abortum ; Ferron et Petges (1923), par ponction d'un abcès primitif ; Achard et Mouzon (1924), dans le pus et les crachats. Weissebach (1927) dans une vomique ; Kourilsky (1927) cite une dizaine d'observations d'abcès à streptocoques. Léon Tixier et Stanislas de Sèze (1929) en décrivent un cas. Etienne Bernard, Gilbert Dreyfus et Desbucquois (1928) trouvent des streptocoques dans un abcès pulmonaire post-opératoire.

Les auteurs américains insistent aussi sur les abcès à streptocoques et affirment que c'est toujours un streptocoque hémolytique qu'ils trouvent.

En France, Lemierre, Kindberg et Bernard (1925), puis Kourilsky (1927) et Kindberg (1928) citent quelques cas d'abcès à streptocoques hémolytiques.

Ce qui est certain, c'est que le streptocoque, de quelque sorte qu'il puisse être, est toujours très virulent.

Les abcès à *pneumocoques* ne sont cependant pas rares. Ces microbes ont été trouvés par Laignel-Lavastine (1927), Paiseau et Salomon, Besançon, Jacquelin et Célice (1927) dans les crachats de plusieurs malades atteints d'abcès du poumon.

En dehors de ces deux microbes, toute une série d'autres agents ont été incriminés.

Le *staphylocoque doré* a été observé par Besançon, Jacquelin et Célice (1927), Boïdin et M^{lle} Fontaine (1928).

L'*entérocoque* a été décrit dans le cas de Grainer et Merenas (1923). Chauffard et Ramond citent un cas d'abcès pulmonaire par le *tétragène*. On discute encore au sujet du *bacille* de la *fièvre typhoïde*. Peut-il être vraiment l'agent d'un abcès pulmonaire? On ne l'a jamais retrouvé dans les crachats. Il semble bien que les abcès pulmonaires au cours d'une fièvre typhoïde soient dus à un autre microbe que le bacille d'Eberth.

Il y a deux agents, qui produisent des formes spéciales d'abcès du poumon, ce sont : le pneumobacille de Friedländer et l'abcès dysentérique.

Le *pneumobacille* se caractérise par sa pullulation excessive : les crachats contiennent alors d'innombrables bacilles, et une destruction énorme du parenchyme pulmonaire s'observe en un temps relativement court. C'est ce qu'on retrouve dans la thèse de Brissard (1912), dans le travail de Lemierre et Kindberg (1925), la thèse de Bertrand-Fontaine (1926), le cas de Lemierre et Rudolf (1929).

L'abcès *dysentérique* peut se présenter sous deux formes différentes : le type pseudo-tuberculeux avec cachexie, évolutions progressives, hémoptysies fréquentes ; et le type aigu, facilement confondu avec la pleurésie interlobaire. Tel le cas de Lemierre et Kourilsky (1928). Le symptôme essentiel de l'abcès dysentérique est la réaction rapide, presque immédiate au traitement spécifique.

ETUDE CLINIQUE

Malgré la diversité d'évolution des abcès du poumon, on peut diviser leur tableau clinique en trois phases :

1. La *phase de constitution* ou de formation de l'abcès qui est pour ainsi dire toujours ignorée cliniquement. On porte le plus souvent le diagnostic de pneumonie, broncho-pneumonie ou d'affection pulmonaire non définie.

2. La *phase d'ouverture* dans la bronche qui peut se faire soit par vomique, soit peu à peu, crachat par crachat. C'est alors que s'établit le diagnostic clinique.

3. La *phase d'évacuation bronchique* qui se caractérise par l'expectoration purulente, le plus souvent intermittente, et plus ou moins abondante.

Phase de constitution

L'abcès aigu du poumon a un début généralement brusque. Les phénomènes généraux sont d'un ordre banal : frissons, élévation de la température, point de côté, toux sèche, puis crachats muco-purulents. C'est le tableau d'une pneumopathie aiguë ; mais est-ce une pneumonie, une broncho-pneumonie, une pleurésie ou une congestion pulmonaire ?

Quant à l'auscultation des poumons, on ne trouve qu'un foyer de condensation sans signes particuliers.

La radiographie ne donne pas encore à cette époque d'image spéciale.

Existe-t-il un signe précoce d'abcès du poumon ? On a parlé de la *leucocytose*. Elle peut atteindre dans ces cas 20.000 et jusqu'à 60.000 éléments par mm³, dont 80 à 90 % de polynucléaires. Mais l'étude de Kourilsky faite sur plusieurs

centaines d'affections respiratoires aiguës simples montre que l'on peut constater une leucocytose identique dans certaines pneumonies grippales, sans que l'état général soit inquiétant et qu'aucun abcès ne se développe. Cependant, il faut toujours se méfier d'un abcès du poumon quand les leucocytes s'élèvent entre 30.000 et 50.000.

Quant à la *ponction exploratrice précoce*, rares sont les cas où l'on a pu retirer du pus avant la vomique. Achard et Mouzon ont réussi à retirer du pus au 3^{me} jour d'un abcès à streptocoques, la vomique ne s'étant produite que 6 jours plus tard. Kourilsky, sur quelques centaines de cas, n'a obtenu qu'un résultat positif dans un cas de suppuration à pneumobacilles au 7^{me} jour.

En résumé, il n'y a aucun signe pathognomique de l'abcès du poumon à sa période de début. C'est pourquoi il reste habituellement méconnu.

Phase d'ouverture dans la bronche

C'est alors que se fait le diagnostic clinique d'abcès du poumon.

Le signe pathognomique, c'est la *vomique* ou l'expectoration purulente. La vomique, c'est-à-dire le rejet brusque d'une certaine quantité de pus, n'est pas de règle absolue. On la retrouve dans le cas de Paiseau et Salomon, d'Achard et Mouzon, de Lemierre, de Kindberg et Bernard, de Kourilsky (2 cas sur 7).

Mais souvent, la vomique franche est remplacée par des crachats purulents plus ou moins abondants. (Paiseau et Salomon, Besançon, Jacquelin et Célice, Apert et Dubosc, Laignel-Lavastine et Coulaud, Kourilsky). Dans ces cas d'*évacuation progressive*, le début réel est difficile à déterminer. En général, c'est entre le 5^{me} et le 10^{me} jour de l'abcès pulmonaire que se fait l'expectoration purulente. Elle est donc

très rapprochée du début de l'affection. Weissembach a même cité un cas où la vomique s'est produite entre le 3^{me} et le 4^{me} jour.

Phase d'évacuation bronchique

Une fois l'ouverture bronchique produite, l'expectoration purulente continue. C'est alors que les signes cliniques de l'abcès pulmonaire sont constitués.

Le symptôme le plus important est l'expectoration. Comme le dit Kourilsky, « le malade crache du pus ». Les crachats sont variables, plus ou moins abondants suivant les jours et suivant les abcès. L'expectoration peut être contenue ou intermittente, parfois même elle peut se présenter sous la forme de petites vomiques répétées. Elle peut simuler la dilatation bronchique par son abondance le matin au réveil. La position du malade peut avoir une influence. Certains sujets ne peuvent expectorer que s'ils sont couchés du côté de l'abcès, d'autres que s'ils sont étendus du côté opposé à l'abcès.

L'aspect des crachats n'a rien de pathognomique ; ils sont comme tous ceux d'expectoration purulente ; ils sont numulaires, épais, et si la quantité en est abondante, ils forment une nappe purulente pouvant se déposer en trois couches, comme dans la dilatation bronchique. Au point de vue microscopique, l'examen histologique ne montre de même rien de spécial. Les fibres élastiques n'y sont qu'indistinctement trouvées. On trouve des cellules dégénérées et de nombreux leucocytes. L'examen des crachats montre des germes divers. Nous en avons déjà parlé.

Dans l'abcès aigu du poumon, tels nos deux cas que nous publions, il faut remarquer encore l'absence de fétidité des crachats. Les crachats peuvent être complètement inodores ou d'odeur fade et même nauséabonde qui rappelle la fétidité mais qui disparaît rapidement.

Rarement la première vomique ou le début des expectorations purulentes est marqué par une hémoptysie, mais

parfois, les premiers crachats sont couleur chocolat, c'est-à-dire sont mélangés à du sang comme les cas de Weissembach, Achard et Mouzon, Paiseau et Salomon.

Les autres signes fonctionnels sont inconstants. La douleur, la toux, la dyspnée sont propres à toutes les affections pulmonaires aiguës.

Signes généraux

La courbe de température n'est pas la même dans tous les cas. Elle peut tomber brusquement après la vomique, ou bien devenir oscillante, comme dans toute suppuration. Elle peut parfois être complètement irrégulière.

L'état général dépend beaucoup de cette température. L'amaigrissement n'est cependant pas très rapide.

Un signe particulier sur lequel insiste Kourilsky, c'est l'hippocratisme des ongles. Kourilsky le décrit comme un symptôme très précoce, survenant entre un et deux mois après le début des accidents, même chez les malades indemnes de toute atteinte respiratoire chronique antérieure, et même dans des cas qui devaient guérir.

Signes physiques

Il est très difficile de se prononcer sur les divers signes d'auscultation dans un abcès du poumon. Rares sont les cas où l'on constate les signes nets de caverne : zone de matité, souffle amphorique, râles sous-crépitaux éclatant à la toux en grosses bulles, retentissement de la voix et de la toux. Parfois, il est presque impossible de noter un changement à l'examen acoustique lors de la vomique. Le plus souvent, les signes que l'on perçoit sont ceux d'une pleurésie de la grande cavité ou d'une pleurésie interlobaire ou même de simples signes de bronchite. D'autre part, les signes stéthacoustiques changent d'un jour à l'autre, ce qui dépend de l'état de vacuité ou de réplétion de l'abcès du poumon.

Signes radiologiques

La radiologie va permettre parfois de poser le diagnostic d'abcès du poumon.

Il n'y a pas une image pathognomonique de l'abcès du poumon, et l'aspect de celle-ci subit de grandes variations, selon la dimension de l'abcès, son état de réplétion et de vacuité, l'état du parenchyme pulmonaire environnant.

L'aspect que l'on rencontre le plus souvent est celui d'une *cavité hydro-aérique*. On constate, au milieu d'un champ pulmonaire plus ou moins sombre suivant le degré d'hépatisation, une image arrondie. Cette cavité est claire à sa partie supérieure et opaque à sa partie inférieure. L'image claire correspond à l'air et l'image opaque au liquide contenu dans l'abcès. Le niveau se déplace avec les mouvements du malade, ce qui peut produire de la succussion hippocratique. Le contour de la caverne est parfois très net, parfois flou, ou peut même dessiner un double contour. Il est souvent nécessaire, pour dépister l'abcès, d'examiner le malade dans différentes positions, mais surtout en oblique. Paisseau attire l'attention sur les difficultés du diagnostic radiologique de l'abcès du poumon et de la pleurésie interlobaire. Le syndrome suspendu de la pleurésie interlobaire peut être réalisé par l'abcès du poumon. Les images radiologiques de cette pleurésie peuvent également s'observer dans les abcès du poumon, notamment dans les abcès juxtascissuraux. L'image de l'abcès (Paisseau et Salomon), caractérisée par sa forme ovalaire à grand axe vertical avec niveau liquide et double contour, est loin d'être réalisée par l'abcès, mais elle paraît lui appartenir en propre. Inversement, il existe un syndrome radiologique typique de la pleurésie interlobaire (Béclère) et caractérisé essentiellement, en position frontale, par une collexion à grand axe transversal enchâssé entre deux segments de la scissure épaissie et, en position oblique, par une ombre appendue à la bande scissurale. Il ne semble pas que la démons-

tration ait été faite de la réalisation de cette image précise par une collection parenchymateuse juxta-scissurale.

Lorsque l'abcès évolue, l'image radiologique se modifie. Si l'évolution est favorable, comme dans les deux cas que nous publions, les bords s'estompent, la cavité diminue peu à peu, pour disparaître complètement. Si la suppuration s'éternise, la caverne peut s'isoler, s'enkyster, ou la région atteinte devenir obscure, indiquant un processus de sclérose.

Un fait est assez spécial aux abcès, c'est le *remaniement rapide des images*, souvent en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines.

Examen au lipiodol

Il est considéré comme un mode d'exclusion des abcès. Le lipiodol ne pénètre pas dans les abcès du poumon (Sergent et Cottenot). L'examen lipiodolé peut cependant fournir certains aspects radiologiques qui sont des signes effectifs de collection pulmonaire. Forestier, qui s'est beaucoup occupé de cette question distingue deux périodes : 1. Pendant la période inflammatoire, que l'abcès soit encore clos ou qu'il commence à se fistuliser dans les bronches, le lipiodol, même injecté par le bronchoscope, n'arrive pas à pénétrer dans la cavité qui reste pleine de pus. Il semble bien, en effet que dans ce cas, l'expectoration purulente résulte non pas de l'évacuation de la cavité, mais de l'écoulement du pus par débordement. L'image caractéristique fournie par l'injection lipiodolée est alors la suivante : au niveau de l'ombre radiologique de l'abcès, soit à la périphérie, soit un peu plus près du centre, la bronche sur laquelle se trouve l'abcès présente une obstruction nette à bord transversal ou oblique : c'est donc une image négative. Il est vraisemblable que les phénomènes d'oedème et d'infiltration avoisinant l'abcès sont, pour une part, la cause de cette image. 2. A la 2^{me} période, lorsque les phénomènes se sont amendés et que l'abcès constitue une cavité largement communicante avec les bronches, au contraire, il

est très aisé d'obtenir par l'injection lipiodolée une image complète de la cavité.

Coyon et Oumansky notent que l'injection d'huile iodée permet de différencier l'abcès simple du poumon, dont l'image est celle d'une ombre nettement arrondie à contours régulièrement dessinés et la gangrène dont l'image obtenue avec le lipiodol montre un aspect irrégulier, déchiqueté, une forme volontiers quadrangulaire.

ÉVOLUTION

Jadis, l'abcès pulmonaire était une affection considérée comme rare et fatale. Mais depuis la guerre et la grippe, (Lemierre), depuis surtout qu'on sait mieux la reconnaître, cette affection est devenue beaucoup plus fréquente et d'un pronostic un peu moins sévère.

L'évolution de l'abcès pulmonaire peut varier.

Parfois, une détente se produit après quelques jours, la température fait une chute et après quelques intermittences, la guérison se produit. La durée de la maladie aura été alors de un à deux mois. Parfois, l'état du malade est profondément atteint et la mort survient, due à une infection générale. D'autres fois, l'affection devient chronique : elle se fait par poussées successives.

Dans ces trois formes, l'évolution se fait donc par poussées, par intermittences. C'est la caractéristique de l'abcès du poumon. Après une période de calme, la température s'élève, la toux et les douleurs se raniment. L'expectoration peut diminuer ou rester telle quelle. A l'auscultation des poumons, un foyer aigu se révèle : matité, râles, etc. Cette période aiguë ne dure que quelques jours, puis l'expectoration abondante reparaît, l'accalmie se produit à nouveau.

Ces poussées ne traduisent pas une extension ou une aggravation des lésions. Elles sont la conséquence d'une rétention purulente, due à une obstruction bronchique. En effet, le début de ces accès aigus coïncide avec la diminution de l'expectoration et la fin avec l'abondance des crachats.

OBSERVATIONS

Observation I

M. L., 42 ans, entre à l'Hôpital Cantonal de Genève, le 11 juillet 1929.

Antécédents héréditaires. Père mort à 65 ans d'une affection cardiaque ; mère morte à l'âge de 50 ans d'une affection pulmonaire aiguë ; une sœur morte à l'âge de 17 ans d'une affection cardiaque ; une sœur morte en bas-âge de ? ; deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. Le malade ne se rappelle pas avoir eu des maladies d'enfance. Il a toujours joui d'une excellente santé. Il a fait la guerre et a été blessé à la jambe droite, blessure qui a été suivie d'une arthrite suppurée, ayant eu une évolution de 14 mois et ayant nécessité une opération. Marié à l'âge de 24 ans, sa femme est en bonne santé. Pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Affection actuelle. Le malade, en pleine santé, est pris, le 9 juillet d'un frisson violent et intense, le frisson solennel, classique de la pneumonie. En même temps, le malade se plaint d'un point de côté, situé à la base du poumon gauche. Il a de profuses transpirations et la température monte à 40°8. Le 10, la toux apparaît, la température persiste, le 11, le malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de pneumonie.

A l'entrée, on constate : Homme de 42 ans, en bon état de nutrition, cicatrice au genou droit. Le malade est cyanosé, il transpire, il est légèrement dyspnéique, il tousse un peu et expectore des crachats rouillés. La température est à 40°4, le pouls à 125. Status pulmonaire : à l'inspection, rien de particulier. Matité de la moitié inférieure du poumon gauche. Les

vibrations y sont augmentées. Le murmure vésiculaire est couvert par une pluie de râles crépitants ; on n'entend pas de souffle. Système cardio-vasculaire : la pression artérielle est de 12-7 $\frac{1}{2}$. Le cœur ne montre rien de spécial. Système digestif : la langue est saburrale, l'appétit médiocre ; abdomen r. d. p. Les autres systèmes sont normaux. L'urée du sang est de 0.20.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39° 5. Le 19, le status pulmonaire change. On constate un nouveau foyer à la base droite. Le corps se couvre d'un érythème avec de nombreux sudamina. Dès le 24, la température devient nettement oscillante : 37° le matin et 39° le soir. Le 28, les phénomènes pulmonaires sont améliorés : on ne constate plus que quelques râles à la base gauche et de gros râles à la partie moyenne du poumon droit. Le malade est couvert de furoncles dans la région fessière. La dyspnée et la cyanose ont disparu ; le malade tousse peu et ne crache pas. Le 4 août, les furoncles, devenus de très vilain aspect, se présentent mieux. Le 7, la température, toujours oscillante, monte à plus de 39° le soir. On fait une radiographie, malgré le mauvais état général du malade, et on constate : Assymétrie thoracique par rétraction de l'hémithorax gauche. (*Voir cliché n° 1*). Poumon gauche : Opacité diffuse de la base avec effacement du sinus costo-diaphragmatique et de la coupole diaphragmatique. Le reste du poumon est voilé jusqu'au sommet d'une façon discontinue : alternance de zones opaques avec des zones transparentes. Au milieu de l'opacité de la base, on distingue nettement deux petites images hydro-aériques qui tendent à confluer, mais sont encore séparées par une mince cloison verticale. Au dessous de cette formation hydro-aérique, on constate deux petites collections gazeuses, dont une limitée, en bas, par un niveau liquidien peu net.

Poumon droit : rien de particulier.

Le 8, on tente par deux fois une ponction exploratrice, mais la ponction reste blanche. Le malade crache beaucoup :

Observation I



Cliche n° 1.



Cliche n° 2.

gros crachats nummulaires. Un sang montre : globules rouges : 4.900.000 ; HB 70 %₀. Globules blancs 12.000. La formule leucocytaire : Polynucléaires neutro : 73 ; petits lympho : 16, grands lympho : 5. Monon. : 5. myéloblaste : 1.

Le 9, le malade fait une vomique : brusquement, il expectore une masse de crachats jaunes-verdâtres, collants. La température tombe à 37° pour ne plus remonter au-dessus de 37°3. Le malade se sent très soulagé, mange de bon appétit. La diurèse qui était de 1000 monte à 2000 et plus. Le 12, on fait une nouvelle radiographie (*voir cliché n° 2*), qui montre : à la base gauche, une image hydroaérique de 7 1/2 cm. de diamètre, avec un niveau liquidien horizontal et dont l'ombre empiète en projection sur celle du cœur. A gauche de cette image, on voit un autre niveau liquidien de 2 cm. surmonté d'une colonne gazeuse de 4 1/2 cm. de hauteur. Par ailleurs, pas de changement de l'aspect pulmonaire.

Le 19, sur une nouvelle radiographie (*voir cliché n° 3*), les images hydroaériques ont complètement disparu. L'opacité de la base gauche a notablement diminué. Il persiste cependant une grisaille sur toute l'étendue pulmonaire. La coupole diaphragmatique est élevée, festonnée dans sa partie médiane. Le malade expectore encore passablement.

Le 22 août, le malade se trouve parfaitement bien. Il ne crache plus. La température ne s'est pas élevée ; l'état général redevient excellent. Le sang ne contient plus que 9500 globules blancs, dont 66 %₀ de polynucléaires.

Le 24, le malade quitte l'hôpital guéri.

Observation II

M^{me} D., 21 ans.

Antécédents héréditaires. Père et mère en bonne santé. Deux frères et une sœur bien portantes.

Antécédents personnels. Diphtérie à 5 ans. Toujours bonne santé. Mari b. p. ; pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Affection actuelle. La malade accouche le 28 février 1926 d'une fille en bonne santé. Accouchement par le siège. Mauvaise contraction utérine. bruits du cœur fœtal lents ; extraction manuelle. La délivrance se fait normalement ; le corps utérin se contracte. Température 36° 6, pouls 82.

Le 2 mars, la malade est prise de violents frissons. Température 40°, pouls 140. Le 3, au matin, la température est tombée à 36° 7, mais pour remonter à 40° le soir. La langue est saburrale. Le fond utérin est à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic (3^{me} jour de couches), les fosses iliaques sont indolores. Jusqu'au 7 mars, la température oscille entre 36° 2-38° le matin et 40°-41° le soir. Frissons fréquents. L'hémoculture est négative ; les sécrétions vaginales montrent : des staphylocoques, colibacilles, micrococcus catharalis, cellules épithéliales desquamées, globules de pus en abondance.

Du 8 au 20 mars, la température est à 37° le matin et 38° le soir ; la température recommence ses oscillations jusqu'à près de 40° le soir. Mais depuis le 27 mars, elle tombe et reste subfébrile.

Un toucher vaginal pratiqué le 26 ne montre rien d'anormal. Le 27, la malade se plaint de points du côté droit. A l'auscultation on trouve une matité et une abolition des vibrations à la base droite. Le 30, apparition de points du côté gauche. On n'entend que quelques râles crépitants à la base gauche. Le 3 avril, on constate un abcès dentaire gauche qui perfore le 5. La température se maintient subfébrile. Le 24 avril, dans la fesse gauche, on remarque une résistance un peu élastique, tendue, s'étendant du 1/3 supérieur de la fesse jusqu'à 3/4 au-dessus de la crête iliaque. Quelques jours plus tard, on incise ; il s'écoule un pus grumuleux, verdâtre.

Le 7 mai, la base gauche est submate. Aucun signe liquidien. La malade depuis quelques jours tousse et expectore des crachats verdâtres, à flore microbienne banale, sans bacilles de Koch.

Observation I



Cliché n° 3.

Observation II



Cliché n° 4.

La radiographie à ce jour montre : thorax asymétrique, légère scoliose de la partie supérieure de la colonne dorsale à convexité droite. L'hémithorax gauche est légèrement affaissé ; les espaces intercostaux sont diminués. La largeur du champ pulmonaire gauche est par ce fait réduit. (*Voir cliché n° 4.*)

A droite, rien de particulier, si ce n'est le feston de la plèvre diaphragmatique.

Hémithorax gauche. Ses deux tiers inférieurs sont complètement obscurcis par une ombre homogène qui se continue au tiers supérieur sans le voiler totalement. Il y a alternance de petites zones de transparence relative avec celles de faible opacité. Le contour gauche du cœur conflue avec l'opacité thoracique et ne peut guère être délimité. Dans la partie externe du poumon, à la hauteur des 3^{me} et 4^{me} côtes antérieures, on constate un niveau liquidien de 1 1/2 cm. de largeur, surmonté d'une collection gazeuse de 1 1/2 cm. de hauteur (image hydro-aérique).

Le 27 mai, la température est presque normale, la malade crache toujours. L'examen des poumons révèle : percussion : matité en balcon dans la partie moyenne du poumon gauche ; submatité à la base et au sommet gauche. Vibrations : abolies dans la zone de matité, diminuées dans la zone de submatité. Auscultation : dans la partie moyenne du poumon gauche, souffle caverneux, s'entendant jusque vers la colonne et à la base. Eclat de la toux. Succussion hippocratique. Quelques râles de moyen calibre. Le 1^{er} juin, une nouvelle radiographie (*voir cliché n° 5*) montre : Hémithorax gauche : le 1/3 supérieur est éclairci d'une façon appréciable ; ne persiste que quelques traînées floues d'opacité faible. La limite supérieure de l'opacité absolue dépasse à peine la hauteur de la 3^{me} côte antérieure. Par contre, une plus grande image hydro-aérique centrale (vu en projection postéro-antérieure) de 5 1/2 cm. de largeur et de 2 1/2 cm. de hauteur, apparaît au niveau des 3^{me} et 4^{me} côtes antérieures.

De plus en plus, l'état général de la malade s'améliore, l'expectoration diminue. Une radiographie du 9 juillet (*voir*

cliché n° 6) fait constater : la moitié supérieure du poumon est complètement éclaircie. L'image pulmonaire à ce niveau est normale. La base reste opaque. Plus aucune image hydro-aérique constatable. Cliniquement, à part une submatité de la base gauche, la malade est guérie.

On revoit la malade en février 1927. Elle tousse encore un peu de temps à autre, mais ne crache pas. L'état général est excellent. L'auscultation des poumons ne révèle qu'une légère diminution du murmure vésiculaire à la base gauche. La radiographie montre les deux plages pulmonaires claires et d'égale intensité. La guérison peut s'affirmer parfaite.

* Nos deux observations concernent donc deux cas à *évolution spontanée favorable*.

Le premier cas montre une collection purulente se développant au cours d'une affection pulmonaire aiguë à début de pneumonie. Après quelques jours de fièvre élevée, la température devient franchement oscillante, faisant songer à une suppuration. Puis, brusquement, spontanément, la vomique se produit, amenant avec elle la sédation des phénomènes généraux, puis la guérison.

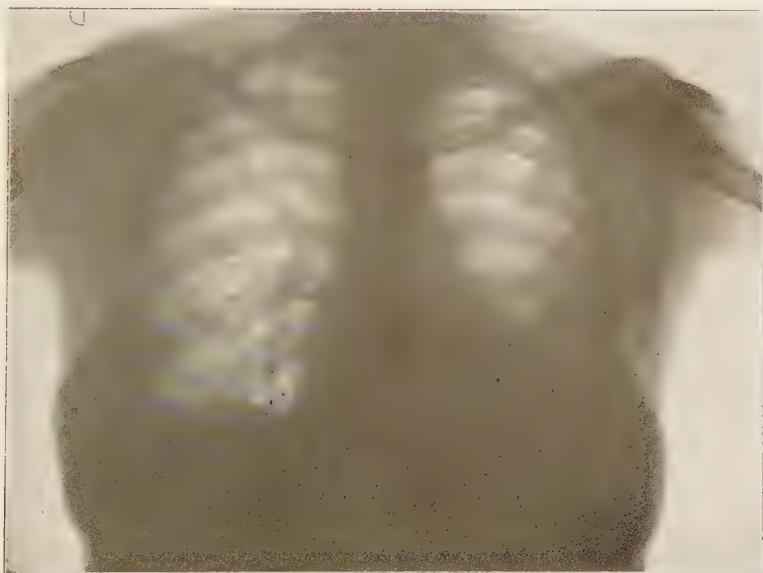
S'agit-il d'un abcès pulmonaire ou une pleurésie interlobaire ? On peut hésiter longtemps entre ces deux diagnostics. La radiologie nous ferait cependant pencher en faveur de la collection pleurale ; car, dans ce cas, la cavité s'est agrandie sitôt après la vomique et la guérison anatomo-radiologique complète a été très rapide.

Le deuxième cas est celui d'un abcès du poumon dans une infection généralisée. La malade, à la suite d'un accouchement, fait une fièvre puerpérale, une pyémie qui se localise d'abord à la région dentaire gauche, puis à la région fessière gauche et finalement forme un abcès du poumon. Pas de vomique franche, mais des crachats abondants évacuant ainsi spontanément le pus de la cavité pulmonaire. Donc, abcès du poumon au cours d'une pyémie d'origine puerpérale, avec guérison spontanée.

Observation II



Cliché n° 5.



Cliché n° 6.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'un abcès du poumon devrait être facile. L'expectoration, les signes généraux, le foyer pulmonaire localisé devraient à première vue, en déterminer l'origine. Mais la diversité des cas et la grande variété des signes cliniques rendent le diagnostic très délicat.

Il est impossible au début de l'affection, d'assurer l'existence de l'abcès du poumon. On se trouve en présence des signes cliniques d'une pneumonie ou d'une bronchopneumonie. Aucun signe n'est alors pathognomique pour l'abcès. La température est celle d'une affection aiguë ; la gravité de l'état général peut dépendre d'une toute autre cause ; la leucocytose se trouve aussi bien dans certaines pneumopathies aiguës. La ponction précoce ne peut donner aucun renseignement ; il faudra de préférence s'abstenir de ponctionner, vu le risque d'infection de la plèvre et de la paroi sur le trajet de l'aiguille.

Ce n'est que quand le malade commence à cracher ou que la vomique se produit que le diagnostic positif peut être fait. La vomique brusque, purulente, entraînant une sédation des symptômes doit faire poser le diagnostic d'abcès aigu du poumon. Mais la vomique peut être anormalement prolongée, continue ou intermittente, déterminant une évolution irrégulière dans les phénomènes généraux. Dans ces cas, il faut presque toujours penser à l'abcès. L'examen radiologique est vraiment capital. Mais toutes les images que l'on voit dans l'abcès du poumon, à la radioscopie ou à la radiographie sont loin d'être identiques.

Dans un travail récent, Sante oppose l'image de l'abcès de type aigu (sorte de masse boursoufflée, parahilaire, à contours

flous, à développement concentrique), à l'image de type chronique, qu'il synthétise en une caverne profonde. Mais c'est loin d'être toujours la réalité.

Si les signes cliniques font penser à un abcès pulmonaire que ni la radiographie, ni la radioscopie ne révèlent, il faudra avoir recours à l'injection intra-trachéale de lipiodol. Le lipiodol n'injecte pas le foyer, mais il l'isole en arborisant les bronches autour de l'abcès.

Diagnostic différentiel

Les abcès pulmonaires peuvent donner lieu, au premier stade de leur évolution, à confusion avec toutes les pneumopathies aiguës. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

A la période d'état, il faudra distinguer les abcès aigus du poumon d'avec les suppurations bronchiques et les suppurations pleurales.

Abcès aigus du poumon et suppurations bronchiques

La difficulté du diagnostic différentiel s'explique par le fait que la plupart des abcès sont d'origine broncho-pneumonique et mettent en action un facteur bronchique primitif ou secondaire plus ou moins accentué. Les signes cliniques sont à peu près les mêmes dans les deux cas : signes généraux, expectoration, signes physiques. Le seul signe important est donné par l'examen radiologique qui montre l'absence de cavité et d'image hydro-aérique. L'examen intra-trachéal de lipiodol tranche le diagnostic. Mais on a pas toujours recours à ce procédé. Du reste, ces suppurations sont rares, comparées aux abcès du poumon.

Abcès du poumon et suppurations pleurales enkystées

Le diagnostic entre ces deux différentes affections est souvent fort difficile. Les deux ont un syndrome clinique

identique. Autrefois, on considérait l'abcès du poumon comme une curiosité médicale (Picot). Les abcès étaient pour la plupart confondus avec les pleurésies interlobaires. Aujourd'hui, la plus grande partie des auteurs sont de l'avis contraire. (Sergent, Lemierre, Kindberg, Rist et Kourilsky).

Kourilsky affirme que lorsqu'on hésite entre une suppuration pulmonaire et une suppuration pleurale, la vérification opératoire ou nécropsique montre l'existence d'une suppuration pulmonaire 9 fois sur 10. Cependant les auteurs ne vont pas jusqu'à nier la pleurésie interlobaire. Comby (1927), même, atteste chez l'enfant la rareté de l'abcès pulmonaire et la fréquence de la pleurésie interlobaire.

La vomique peut parfois donner une indication. Trousseau prétend que la vomique survient tardivement dans la pleurésie enkystée et précocement dans l'abcès du poumon. Mais ce n'est pas toujours le cas. Du reste il est fréquent qu'on ne connaisse pas le début exact de l'abcès.

Les signes physiques ne donnent de même aucune distinction précise. La matité suspendue se retrouve chaque fois qu'il existe un foyer de condensation pulmonaire dans la région moyenne du poumon, quelles que soient la nature et l'origine de ce foyer. Les signes d'auscultation très variables dans l'un et l'autre cas, cavitaires ou non, suivant les jours, le degré de réplétion de la poche et des évacuations purulentes, ne peuvent être pris en considération.

Les signes radiologiques devraient pouvoir fournir une indication. Or Sergent et Kourilsky insistent sur ce fait que le syndrome suspendu radiologique, avec ou sans caverne, n'est pas caractéristique de la pleurésie interlobaire. Sergent conclut que la constatation d'un tel syndrome permet simplement un diagnostic de « localisation dans la région scissurale, sans plus ». Les suppurations pulmonaires produisent également ce symptôme, ce qui s'explique par la présence d'une zone infiltrée autour de l'abcès.

On a cherché à préciser l'image radiologique de la pleurésie interlobaire. Paisseau et Salomon la montrent comme une

cavité hydro-aérique à grand axe transversal, tandis qu'il est vertical pour les abcès. Lanos prétend que pour la pleurésie interlobaire, l'examen radioscopique de face n'est pas caractéristique ; il montre une opacité floue, mal délimitée, détachée du diaphragme, mais siégeant contre l'ombre cardiaque. Le signe de certitude est fourni par l'examen fait de profil et obliquement ; on voit alors une ombre en forme de fuseau qui correspond à la scissure, dont la direction est oblique en bas et en dedans vers le cœur.

La ponction exploratrice ne peut servir d'indication, car elle ramène du pus lorsque l'aiguille est dans une cavité purulente, que ce soit un abcès ou une pleurésie.

Le siège de la collection n'intervient pas non plus ; car le fait qu'elle siége en regard d'une scissure n'est pas une preuve de son origine scissurale ; on peut se demander du reste où est le siège exact des scissures lorsque le poumon est atteint de processus pathologique ; sont-elles normales, déformées, distendues, reportées plus haut ou plus bas que leur ligne habituelle ?

Faut-il donc attendre l'intervention chirurgicale pour trouver la preuve de la pleurésie interlobaire ? Sans aucun doute, mais l'intervention même ne la révèle pas toujours.

Deux signes pourraient peut-être contribuer à ce diagnostic si difficile. L'agrandissement rapide de la cavité hydro-aérique, sitôt après la vomique serait en faveur de la pleurésie interlobaire, le pus se vide plus complètement, la cavité est en général plus vaste et moins arrondie que dans l'abcès.

La rapidité de guérison de la cavité sera différente, si c'est un abcès ou une pleurésie interlobaire. Les phénomènes anatomo-radiologiques évoluent avec beaucoup plus de rapidité dans les pleurésies interlobaires. La cavité se fermera plus vite, le liquide purulent n'ayant pour ainsi dire, rien détruit ; il n'avait en se collectionnant, que refoulé les plèvres des lobes. Aussi, dès que la vomique se produit, le pus étant

expulsé, les plèvres s'affrontent à nouveau et tout rentre rapidement dans l'ordre. Tandis que dans l'abcès pulmonaire, c'est en plein parenchyme que s'est formé le pus. Il y a destruction du tissu pulmonaire et, si, après la vomique, la guérison anatomo-radiologique est possible, il faudra un temps suffisant pour la néoformation du parenchyme pulmonaire détruit.

Kourilsky conclut que, de toute façon, contrairement à l'opinion admise, l'abcès du poumon est actuellement la règle, la pleurésie interlobaire, l'exception.

Abcès du poumon et autres suppurations pulmonaires

L'hépatisation diffuse suppurée au cours d'une pneumonie présente les signes cavitaires, la même expectoration purulente que l'abcès du poumon. Mais elle est infiniment plus rare.

Le kyste hydatique suppuré est une rareté. La vomique hydatique en fait le diagnostic.

Les suppurations tuberculeuses peuvent porter à confusion. Mais généralement, il n'y a pas de vomique. Du reste, le diagnostic en est rendu très facile par la présence des bacilles de Koch dans les crachats.

TRAITEMENT DES ABCÈS AIGUS DU POUMON

Les abcès aigus du poumon *doivent être respectés le plus possible.*

Il y a en effet deux possibilités : ou bien l'infection est générale et aucun traitement local ne saura l'amender, ou bien l'infection est modérée, non généralisée, et l'expectation sera le traitement le plus sûr.

Un grand nombre d'abcès aigus du poumon guérissent spontanément. Nos deux cas font partie de ce groupe. Presque toujours, il s'agit d'abcès solitaire, non envahissant, non fétide, et ne s'accompagnant pas de réaction pulmonaire, sinon pleurale de voisinage. Ce sont ces cas où la vomique, par l'amélioration qu'elle provoque, produit un drainage suffisant à l'évacuation. Souvent la guérison est complète et l'examen ultérieur du malade ne montrera plus, soit à l'auscultation, soit à la radiologie, aucune trace de l'abcès du poumon.

Plusieurs médications ont été conseillées :

Vaccins. On a fait, dans un certain nombre de cas, à partir du pus retiré par ponction ou à partir des crachats, un auto-vaccin. Weissebach (vaccin antistreptococcique), Besançon, Jacquelin et Célice (vaccin antistaphylococcique doré) ont eu des résultats heureux.

Sérothérapie. Le sérum antipneumococcique de Laignel-Lavastine et Coulaud ne semble pas avoir eu beaucoup de succès.

Médication arsenicale. Elle est indiquée surtout dans les processus putrides du poumon, sous forme de novarsé-nobenzol.

Traitement antidysentérique. Celui-ci fait merveille dans les abcès dysentériques. Mais certains auteurs affirment avoir eu quelques résultats heureux dans des abcès non amibiens. (Iagnow, Laederich et Pousseau, Delille, Brûlé, Laporte et Ragu).

Traitement chirurgical. Nous n'en parlerons pas, sinon pour dire que nous considérons l'intervention chirurgicale et la collapsothérapie comme des méthodes thérapeutiques d'exception dans l'abcès aigu du poumon.

CONCLUSIONS

1. Les abcès aigus du poumon peuvent être primitifs (après une infection pulmonaire aiguë) ou secondaires (origine rhino-pharyngée ou abdomino-pelvienne).

2. Les agents des abcès du poumon sont variés : pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, etc.

3. Le diagnostic est le plus souvent impossible : le diagnostic se fait après la vomique ou l'expectoration remplaçant celle-ci.

4. Le diagnostic différentiel est surtout difficile entre l'abcès du poumon et la pleurésie interlobaire.

5. La guérison spontanée de l'abcès aigu du poumon n'est pas exceptionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Abscès aigu du poumon. (*Journal des Proticiens*, 21 septembre 1929).
- ACHARD et MOUZON. — Abscès streptococcique du poumon. Guérison après vomique. (Soc. Méd. Hôp., 23 juillet 1925).
- AMAUDRUT. — Abscès du poumon septicémique, traité avec succès par le pneumothorax artificiel. (Soc. Méd. Hôp., 12 novembre 1920).
- APERT et DUBOSC. — Pneumonie suppurée droite. (Soc. Méd. Hôp., 1906).
- APERT et PORAK. — Un cas de septicémie staphylococcique. (Soc. Méd. Hôp., 21 juillet 1911).
- BABONNEIX et LÉVY. — Abscès du poumon. (Soc. Méd. Hôp., 13 mars 1925).
- BERTRAND et FONTAINE. — Etude clinique et anatomique des pneumopathies à pneumobacilles de Friedländer. (Thèse de Paris, 1926).
- E. BERNARD et DESBUCQUOIS. — Volumineux abcès streptococcique du poumon. Abscès métastatiques. Guérison sans traitement spécial. (Soc. Méd. Hôp., 27 janvier 1925).
- BERNARD, GILBERT DREYFUS et DESBUCQUOIS. — Abscès du poumon post-opératoire. Streptocoques dans l'expectoration. Guérison spontanée. (Soc. Méd. Hôp., 27 janvier 1928).
- BESANÇON, JACQUELIN et CÉLICE. — Abscès du poumon à staphylocoques dorés. Guérison par auto-vaccinothérapie. (Soc. Méd. Hôp., 28 janvier 1928).
- BESANÇON, JACQUELIN et CÉLICE. — Abscès du poumon à pneumocoques. Guérison sans traitement. (Soc. Méd. Hôp., 28 janvier 1927).
- BRETON. — Quelques considérations à propos du traitement des abcès du poumon. Guérison médicamenteuse d'un abcès fétide du poumon. (*Echo médical du Nord*, 14 septembre 1929).
- BOIDIN et M^{lle} FONTAINE. — Grands abcès pulmonaires au cours d'une infection trainante à staphylocoques, guérison spontanée. (Soc. Méd. Hôp., 29 juin 1928).
- BRULÉ, LAPORTE et RAGU. — Deux cas d'abcès du poumon non amibien, rapidement améliorés par le traitement éméthinien. (Soc. Méd. Hôp., 31 mai 1929).
- CATTAN. — Evolution d'un abcès pulmonaire parapneumonique. (Soc. Méd. Hôp., 19 octobre 1928).
- CAUSSADE et TARDIEU. — Grippe maligne avec complications pulmonaires nécrotiques et puriformes. (Soc. Méd. Hôp., 18 juillet 1919).

- CAUSSADE et LÉVY-FRAENKEL. — Abscès du poumon droit ; pyopneumokyste. (Soc. Méd. Hôp., 13 mars 1914).
- CAUSSADE, VULLIET, MARLON et MÉDIONI. — Gripes toxico-infectieuses avec complications pulmonaires. (Soc. Méd. Hôp., 3 mai 1929).
- CAIN et OURY. — Les septicémies veineuses primitives. (*Annales de Méd.*, 1924, T. XV, p. 17).
- CAVAILLON et MONOD. — Abscès du poumon ouvert à travers la paroi et dans une bronche. (Soc. de SC. Méd., Lyon, 23 janvier 1907).
- CLERC, RAMONDET et GUILLAUME. — Abscès pulmonaires chez les ypérités. (Soc. Méd. Hôp., 11 avril 1919).
- COMBY. — Pleurésies interlobaires et abcès du poumon. (Soc. Méd. Hôp., 25 mars 1927).
- CORDIER, PALIARD & GAUDRON. — Abscès du poumon chez un pneumonique mort. au 12^{me} jour. (Soc. Nat. et SC. Méd., Lyon, 20 juin 1923).
- COYON et OUMANSKY. — Abscès gangréneux du poumon. (Soc. Méd. Hôp., 5 mars 1926).
- DESJARDINS. — Les abcès dans la pneumonie franche. (Thèse de Nancy, 1899-1900).
- ESCHBACH. — Abscès du poumon guéri par évolution spontanée. (Soc. Méd. Hôp., 9 novembre 1927).
- FERRON et PETGES. — Abscès à streptocoques fermé du poumon droit (Soc. Méd. de Chir. de Bordeaux, 5 décembre 1924).
- FISSINGER et OLIVIER. — Abscès gangréneux du poumon exploré par l'injection de lipiodol lourd et léger. (Soc. Méd. Hôp., 30 avril 1926).
- FORESTIER. — L'examen radiologique pulmonaire par le lipiodol au cours des abcès du poumon d'après la thoracoplastie extrapleurale. (Soc. Méd. Hôp., 23 avril 1926).
- FRAENKEL. — Le traitement des suppurations pulmonaires. (Soc. Berl. de Méd., 24 janvier 1912).
- FREY. — Les abcès dans la pneumonie franche. (Thèse de Paris, 1890).
- GRAVIER et MORENAS. — Evolution à la peau d'un abcès pulmonaire. (Soc. Méd. Hôp. de Lyon, 6 novembre 1923).
- IAGNOW. — Traitement des abcès du poumon non amibiens par le chlorhydrate d'émétine. (Soc. Méd. Hôp., 27 juillet 1926).
- JONG et GARREAU. — Traité de pathologie médicale de Gilbert et Carnot ; article : abcès du poumon, (1926).
- KINDBERG. — Abscès du poumon. (Paris, 1928).
- KOURILSKY. — Abscès du poumon. (Thèse de Paris, 1928).
- LAEDERICH et POUSSEAU-DELILLE. — Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine. (Soc. Méd. Hôp., 15 février 1925).
- LAENNEC. — Edition de la Faculté (Paris, 1879).
- LAINEL-LAVASTINE et COULAUD. — Abscès du poumon à pneumocoques, sérothérapie, guérison. (Soc. Méd. Hôp., 22 juillet 1922).

- LECLERC et CHARVET.** — Pneumonie de tout le poumon droit ; septicémie ; pneumococcique ; abcès du poumon. (Soc. Méd. Hôp., Lyon, 5 décembre 1911).
- LEGRAND.** — Le diagnostic entre la pleurésie interlobaire et la dilatation bronchique. (Thèse de Paris, 1924).
- LEMIERRE et DESCHAMPS.** — Syndromes pulmonaires pseudo-tuberculeux au cours de la fièvre typhoïde et paratyphoïde. (Presse Méd., 11 mars 1921).
- LEMIERRE, KINDBERG et BERNARD.** — Abcès du poumon à streptocoques ; guérison spontanée. (Soc. Méd. Hôp., 3 juillet 1925).
- LEMIERRE et KOURILSKY.** — Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine. (Soc. Méd. Hôp., 20 janvier 1928).
- LEMIERRE et RUDOLF.** — Grands abcès du poumon à pneumobacilles de Friedländer. (Soc. Méd. Hôp., 21 juin 1929).
- MILHIT et DEROT.** — A propos de 6 cas de suppuration pleuro-pulmonaire. (Soc. Méd. Hôp., 26 octobre 1928).
- MOSNY.** — Traité de Gilbert et Thoinot.
- PAISSEAU et SALOMON.** — Grands abcès du poumon. Etude radiologique. (Soc. Méd. Hôp., 7 avril 1922).
- PICOT.** — Le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. (Thèse de Paris, 1910).
- PIÉRY et BARBIER.** — Abcès pulmonaire chronique pris pour une pleurésie interlobaire, traité par pneumothorax artificiel et compliqué de pleurésie purulente. (Lyon Méd., 25 février 1922).
- RATHERY et DU CASTEL.** — Septicémie streptococcique. (Soc. Méd. Hôp., 24 janvier 1910).
- RIST et ROLLAND.** — Contribution à l'étude clinique et anatomique des infarctus et des hémorragies pulmonaires au cours de l'endocardite maligne prolongée. (*Annales Méd.*, septembre 1926).
- ROUBIER et LAMY.** — Pneumothorax au cours d'une fièvre typhoïde. (Soc. Méd. Hôp. Lyon, 7 décembre 1920).
- SERGEANT.** — Les fausses guérisons par vomique dans la pleurésie interlobaire métapneumonique. (Presse Méd., 22 août 1900).
- SIRON et YOSNE.** — Abcès cérébraux multiples à pneumocoques ; abcès du poumon. (*Presse méd.*, 1895, p. 235).
- TIXIER et STANISLAS DE SÈZE.** — Abcès streptococcique du poumon droit avec pleurésie interlobaire sérofibrineuse et aseptique. (Soc. Méd. Hôp., 11 janvier 1929).
- TROUSSEAU.** — Abcès pulmonaires et vomiques péripneumoniques. (Tome I, 4^{me} édition. Paris 1873).
- TUFFIER.** — Efficacité des opérations thoracoplastiques sans pneumotomie. (Soc. Chir., 13 février 1907).
- WEISSENBACH.** — Abcès du poumon à streptocoques d'origine dentaire probable ; guérison sans intervention après vaccinothérapie. (Soc. Méd. Hôp., 1^{er} avril 1927).

